

Haláleset utáni orvosi nyilatkozat

TESTAMENTUM és MEMENTO biztosításokhoz

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL IDUNA Biztosító Zrt.
Telefon: 06 1 458 4200 • Fax: 06 1 458 4260
www.signal.hu • info@signal.hu

Az alábbi, elhunyra vonatkozó nyilatkozatot az elhunyt biztosított háziorvosa teheti.

Biztosított, elhunyt neve: _____

Anyja neve: _____

Születési dátuma: _____ év _____ hó _____ nap

A halál időpontja: _____ év _____ hó _____ nap

Kótvényszám: _____

A Biztosított (elhunyt) a fentiekben megjelölt halál időpontját megelőző öt éven belül nem részesült kórházi ápolásban.

Dátum: _____ év _____ hó _____ nap

_____ háziorvos aláírása/pecsétje

A Biztosított (elhunyt) a fentiekben megjelölt halál időpontját megelőző öt éven belül kórházi ápolásban részesült.

(Ez utóbbi válasz esetén zárójelentést/zárójelentéseket csatolni kell jelen igazoláshoz.)

Dátum: _____ év _____ hó _____ nap

_____ háziorvos aláírása/pecsétje